

Thèse de Doctorat

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Blennorrhagie simple chez l'homme

SON TRAITEMENT

PAR LES

Injectons d'huile iodoformée

LIONEL BARRIEU

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Fréjus (Var) le 8 Décembre 1863

MM. TILLAUX, Président.

POIRIER, MAUCLAIRE, MERY

Le Candidat devra répondre aux questions qui lui seront posées

7 DÉCEMBRE 1898

ACHILLE PRADIER

12 — Rue des Bourdonnais — 12

PARIS

82

Thèse de Doctorat

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Blennorrhagie simple chez l'homme

SON TRAITEMENT

PAR LES

Injectons d'huile iodoformée

LIONEL BARRIEU

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Fréjus (Var) le 8 Décembre 1863

MM. TILLAUX, Président.

POIRIER, MAUCLAIRE, MERY

Le Candidat devra répondre aux questions qui lui seront posées



7 DÉCEMBRE 1898

ACHILLE PRADIER

12 — Rue des Bourdonnais — 12

PARIS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE

A MADAME L. BARRIEU

MON ÉPOUSE

A MES ENFANTS

GABRIELLE, CAMILLE, RAYMOND BARRIEU

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Charité

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Avant d'entrer tout à fait dans le sujet que nous nous sommes proposés de traiter, nous devons nous excuser de revenir sur une question qui a donné lieu déjà à tant de célèbres travaux auprès desquels le nôtre tiendra une place bien modeste. Cependant nous étant pénétrés de cette idée que le progrès consiste moins dans la recherche de substances nouvelles que dans l'étude et le perfectionnement des méthodes d'application déjà existantes : nous nous sommes attachés après avoir jeté un coup d'œil sur la blennorrhagie en elle-même à développer et à appliquer un traitement déjà ancien et qui semble néanmoins offrir toutes les garanties que l'on est en droit d'exiger du médicament que l'on choisira pour soigner cette affection : s'efforcer d'écarter et d'éloigner les causes qui peuvent altérer la marche du processus blennorrhagique, augmenter l'acuité de l'inflammation et provoquer des complications ; soumettre les symptômes particulièrement saillants à un traitement spécial ; abrégier

la marche de la maladie, tout en cherchant à conserver l'intégrité de la muqueuse uréthrale. Nous croyons avoir pu obtenir ce triple résultat en employant les injections d'huile iodoformée préconisées par le docteur P. Thiéry, une première fois dans le *Progrès médical* (Mars 1887) et une deuxième fois dans les *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, en 1891.

Nous avons divisé notre étude en trois chapitres.

I. Aperçu clinique et anatomo-pathologique de la blennorrhagie simple chez l'homme, ses symptômes, son diagnostic.

II Des traitements de la blennorrhagie.

III. Des injections d'huile iodoformée.

M. le docteur P. Thiéry, dans ses communications pose cette question : « Peut-on à l'exemple du vulgaire croire et « dire que toute blennorrhagie est justiciable d'un traitement « unique, toujours semblable et immuable dans ses appli- « cations ? »

Non, cela est manifestement impossible ; nous devons tenir compte de l'état général du malade, de ses antécédents urinaires, des symptômes si différents qui se manifestent à une même période.

Telle est, nous le croyons du moins, la réponse que souhaitait notre maître. Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes inspirés des documents qu'il a bien voulu nous fournir, des conseils qu'il nous a presque constamment

donnés dans le courant de nos études, depuis le moment où nous avons eu le plaisir d'être son élève, alors qu'il était encore chef de clinique de M. le Professeur Tillaux jusqu'à ce jour. Nous sommes heureux de lui exprimer ici toute la reconnaissance que nous lui avons vouée.

Parvenus au terme de nos études, nous voulons aussi remercier tous ceux qui nous les ont facilitées par leur bienveillant appui et par leurs encouragements et plus particulièrement nos maîtres des hôpitaux : MM. les docteurs Descroizilles, Marchand, Mercklen, Porack, Roques, Wurtz.

M. le Professeur Ricard, chirurgien des hôpitaux, voudra bien aussi agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'extrême obligeance qu'il nous a toujours témoignée. Nous conserverons un bien agréable souvenir de l'année que nous avons passée à ses côtés en qualité d'externe et des magistrales leçons cliniques qu'il a bien voulu nous faire.

M. le Docteur Arrou, chirurgien des hôpitaux, a toujours fait preuve à notre égard d'une bienveillance affable et obligeante ; nous le prions de croire ici à nos sentiments de vive reconnaissance et de respectueuse sympathie.

Que M. le Professeur Tillaux veuille bien agréer tous nos remerciements pour avoir bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.



CHAPITRE I.

**Aperçu clinique et anatomo-pathologique rapide
de la blennorrhagie simple chez l'homme; ses
symptômes; son diagnostic.**

HISTORIQUE

On peut dire que la blennorrhagie a donné lieu aux interprétations les plus diverses. Confondue avec la syphilis, dès l'apparition de cette maladie, en Europe, vers le xv^e siècle, les auteurs de cette époque n'admettaient l'existence que d'un seul et même virus, le virus syphilitique; celui-ci était-il porté sur une érosion des téguments externes? il provoquait un ulcère; était-il porté sur une muqueuse? il déterminait un catarrhe. C'était la théorie de l'unicité, contre laquelle Balfour s'éleva au xviii^e siècle en essayant de démontrer la grande différence qui existait entre la syphilis et la blennorrhagie : un moment on crut que la doctrine de ce savant allait être universellement adoptée, lorsque Hunter, se basant sur le résultat d'une inoculation avec la sécrétion purulente de l'urèthre, qui engendra un chancre suivi d'accidents spécifiques, rétablit victorieusement l'ancienne théorie.

Enfin Bell, Ricord et Fournier réfutèrent complètement cette assertion, ils séparèrent pour toujours ces deux maladies si disséminables. Il s'éleva bien entre eux un différend qui consistait à affirmer ou à nier l'existence même du virus blennorrhagique ; mais nous savons aujourd'hui à quoi nous en tenir à ce sujet. En effet, grâce aux célèbres travaux de Bouchard en 1878 et de Neisser en 1879, il a été démontré que le gonocoque était le véritable agent pathogène de la blennorrhagie. Depuis on s'est demandé, en présence des différences manifestes qui existent entre la nature des uréthrites en général, si le gonocoque était le seul agent virulent donnant lieu à tous les écoulements qui peuvent se présenter. Il est certain, comme nous le dirons dans notre définition de la blennorrhagie simple, que le gonocoque est le seul microbe qui caractérise nettement cette maladie : mais nous sommes obligés de reconnaître qu'il existe normalement dans les organes génitaux de la femme et dans le canal de l'urètre de l'homme des micro-organismes qui peuvent, sous une influence non nettement déterminée (excès de coït, boissons, surmenage) devenir pathogènes et provoquer, sans être associés au gonocoque, ces uréthrites décrites par la majorité des auteurs sous le nom d'uréthrites simples.

ÉTIOLOGIE

La blennorrhagie, dans toute l'acception du mot, ne naît donc que de la blennorrhagie, et l'on ne peut contracter cette maladie qu'avec une femme qui serait elle-même infectée. Quelles peuvent donc être les causes de cette affection ? Nous citerons en première ligne : le coït, dans les conditions que nous venons d'indiquer ; en second lieu, le contact des muqueuses uréthrales ou conjonctivales avec des linges souillés de pus ou tout autre objet de toilette qui aurait servi à l'usage intime d'un blennorrhagique.

Que nous voilà loin de la fameuse recette de Ricord ! Est-ce à dire pour cela que nous la rejetons *ex abrupto* ? Non. Mais nous l'appli-

quons seulement à ces uréthrites simples dont nous venons de parler et dans lesquelles le gonocoque ne joue aucun rôle.

« L'urèthre le plus normal est habité et même assez mal habité ;
« la tolérance de la muqueuse reste absolue aussi longtemps que
« n'interviennent pas les conditions de la faire cesser » a dit Guyon dans son traité des maladies des voies urinaires ; et au premier rang de ces conditions nous plaçons les excès vénériens, de boissons, de cyclisme ou la masturbation.

Nous terminerons cet exposé en empruntant au D^r P. Thiéry la définition qu'il donne de la blennorrhagie simple, non compliquée.

« C'est un écoulement provenant d'une inoculation vénérienne
« de même origine qui :

« 1^o Survient chez un sujet pour la première fois ;

« 2^o Apparaît chez un sujet déjà antérieurement atteint, mais
« dont l'écoulement n'a laissé aucune trace ni complication (rétrécissement, etc.).

« 3^o Qui affecte dès le début une marche aiguë, quelle que soit
« l'intensité de ses phénomènes ;

« 4^o Qui survient chez un sujet dont l'état général est parfait et
« ne présente aucune tare générale ou locale antérieure ;

« 5^o Qui n'a point encore été traitée ou, fait rare, qui a été sou-
« mise au traitement rationnel ou régulier des premières périodes ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour ce qui va suivre, n'ayant en vue que l'étude de la blennorrhagie simple chez l'homme, nous considérons que le siège des lésions déterminées par les micro-organismes qui engendrent les uréthrites simples ou par le gonocoque qui provoque la blennorrhagie, est nettement localisé dans l'urèthre antérieur.

Nous entendons par urèthre antérieur la partie de cet organe comprise entre le meat et le pubis, l'autre portion qui s'étend du pubis au col de la vessie constituant l'urèthre postérieur.

« Ces deux parties se rejoignant au niveau du pubis sont en effet « aussi nettement distinctes au point de vue de leur pathologie « qu'elles le sont au point de vue de leur physiologie, de leur structure et de leur développement. » (Voir Guyon, *Maladies des voies urinaires*, tome II).

Étudions donc les lésions de l'urèthre antérieur : Dans les cas d'infection ordinaire provenant du dehors, le processus blennorrhagique est avant tout une affection épithéliale, accompagnée d'une inflammation purulente du tissu conjonctif sous-jacent. Nous avons tout lieu de supposer que généralement cette affection épithéliale est à marche relativement lente; en effet, le Dr P. Thiéry s'est livré à une étude microscopique du pus blennorrhagique dans les premiers jours de l'infection, et il résulte de ses recherches qu'au cinquième jour les gonococci sont encore peu abondants; ils n'atteignent leur complet développement que vers le quinzième jour; d'autre part nous savons que l'urèthre possède à un très haut degré le pouvoir absorbant et il faut qu'il survienne des modifications profondes de son épithélium pour qu'il s'infecte. Or, avant d'atteindre l'épithélium cylindrique de l'urèthre, qui n'offre que peu de résistance au gonocoque, celui-ci doit d'abord s'attaquer à l'épithélium pavimenteux qui tapisse la fosse naviculaire, et d'après Touton 1889, Jadasson 1890, Fabry 1891, les gonococci se multiplient exclusivement à la surface des cellules pavimenteuses, ne pénétrant entre les plus superficielles que un à un en longue file mince, ne s'élargissant seulement que lorsqu'ils trouvent un petit espace intra cellulaire assez large.

Voilà donc une barrière solide à l'infection blennorrhagique, et l'on comprendra que si l'on oppose à la prolifération du gonocoque, un antiseptique assez puissant pour le détruire et assez peu caustique pour conserver toute l'intégrité de cet épithélium pavimenteux, on guérira non seulement le malade rapidement, mais encore on le mettra dans des conditions prophylactiques exceptionnellement favorables.

Mais ce n'est pas tout, il est assez rare qu'un malade vienne se plaindre au médecin à cette période de la blennorrhagie ; les douleurs, l'écoulement purulent ne coïncidant pour ainsi dire qu'avec l'envahissement de l'épithélium cylindrique ; celui-ci, nous venons de le dire, résiste beaucoup moins bien. Pour étudier le processus du gonocoque sur la surface de l'urèthre antérieur, nous citons le résumé des notions que Marcel Sée tire de l'étude qui a été faite à ce sujet par Finger, Ghon et Schlagenhauser. Ces auteurs n'ont pas craint d'inoculer la chaude-pisse à des malades condamnés à bref délai ; ils ont pu de la sorte établir trois observations d'autant plus intéressantes qu'elles ont été suivies d'autopsies.

« Au bout de trois jours les lésions sont remarquablement avancées. Toute la surface de la muqueuse est recouverte d'une épaisse couche de cellules de pus qui remplissent tous les replis des lacunes de Morgagni et les glandes. Les altérations de l'épithélium dépendent de sa nature ; presque nulles au niveau de la fosse naviculaire, dont l'épithélium pavimenteux stratifié a, malgré les leucocytes inclus entre ses cellules, conservé toute sa solidité ; elles sont accentuées dans l'épithélium cylindrique qui tapisse le reste de la portion atteinte, mais elles n'y sont point uniformes. Tandis que par place, l'épithélium garde sa cohésion, malgré l'infiltration des leucocytes, il en est d'autres où il est dissocié jusque dans ses couches profondes et ces foyers ne sont pas répartis au hasard ; constamment ils sont périlacunaires et ont leur maximum au point de réflexion de l'épithélium et sur le bord du cul de sac. L'épithélium des lacunes elles-mêmes subit d'ailleurs des altérations identiques à un degré encore plus accentué. Il en est de même des conduits glandulaires ; mais la portion sécrétante des acini, n'offre que des modifications minimales. Le tissu conjonctif dont les vaisseaux sont dilatés et bourrés de leucocytes, présente une infiltration intense allant en décroissant de la superficie vers la profondeur, mais encore visible dans les travées du corps spongieux. Comme les altérations épithéliales, cette infiltration est disposée en foyers péri-folliculaires. »

Nous venons de dire un mot de l'étendue du processus blennor-

rhagique en surface, localisé d'abord à la fosse naviculaire où le gonocoque a été déposé et se multiplie plus ou moins rapidement; vers le troisième ou quatrième jour, il s'est déjà propagé presque dans tout le canal antérieur et nous venons d'étudier les lésions qu'il y fait. Ayant limité le cadre de notre étude à l'urèthre antérieur, nous ne parlerons pas de l'étendue de la blennorrhagie à l'urèthre postérieur; cependant nous pouvons dire que pour prendre une moyenne dans les si nombreuses observations recueillies par Finger, Janet, Lang: généralement, ce n'est que vers la fin de la deuxième semaine que l'urétrite antérieure devient postérieure, et cela presque toujours sous l'influence d'un traitement peu approprié.

SYMPTOMES

Incubation. — Les cocci une fois fixés sur la muqueuse uréthrale ne produisent qu'après un certain temps les premières manifestations pathologiques. Cette période est caractérisée par les chatouillements que le malade ressent dans les premiers moments de la miction. Si tant est qu'on veuille recourir à la méthode abortive, et nous dirons plus loin ce que nous pensons de ce traitement, c'est à ce moment-là seulement qu'on doit la tenter. Il est difficile d'assigner une durée bien déterminée à cette période; on comprendra aisément que cela dépendra de raisons multiples parmi lesquelles l'état du sujet entre pour une très large part. Néanmoins nous adoptons la théorie de M. Fournier qui dit dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, art. Blennorrhagie: « Dans l'immense majorité des cas, la blennorrhagie vraie manifeste ses premiers symptômes à la fin du quatrième ou au commencement du cinquième jour après le coït; mais souvent elle apparaît le troisième ou le sixième jour; bien plus rarement le deuxième ou le septième jour..... et plus loin, les incubations ou plus longues ou plus courtes m'ont toujours paru suspectes. »

Période aiguë. — Avec les douleurs lancinantes que le malade éprouve dans la miction débute cette deuxième période caractérisée également par une tuméfaction du méat et par l'apparition d'un écoulement opalin qui ne tarde pas à se transformer en pus verdâtre, épais, s'écoulant constamment, goutte à goutte et formant sur le linge d'énormes taches jaunes.

Dans un stade encore plus aigu, qui surviendra surtout chez ceux qui ne se seront pas soignés au début, on constatera les érections horriblement douloureuses qui, modifiant l'état histologique du canal enflammé donnent à la verge un aspect recourbé inférieurement, lui ayant valu dans le public le nom de « chaude-pisse cordée ». Quelle va être la durée de cette période ? Elle sera entièrement subordonnée à l'hygiène et au traitement adoptés. D'aucuns la prolongeaient pendant deux semaines et plus, d'autres au contraire cherchaient à l'abrégier le plus possible. On verra par la suite que c'est à cette dernière opinion que nous nous sommes ralliés. Pourquoi faire couler ? Pour attendre que cette période inflammatoire ayant disparu on puisse avec profit user des injections astringentes et ne pas greffer une inflammation sur une autre inflammation ? Tel n'est pas notre avis. Dans le chapitre précédent nous avons vu que si le gonocoque était livré à lui-même il proliférerait et étendrait avec une extrême rapidité le siège des lésions tant en profondeur qu'en surface ; il y a donc lieu de lutter contre lui autrement que par l'emploi suranné des tisanes « rafraichissantes ».

On comprendra dès lors qu'il nous est impossible de fixer une durée quelconque à cette période aiguë de la blennorrhagie puisque, nous le répétons, certains auteurs admettent que cette maladie doit évoluer en cinq à six semaines alors que nous, nous lui assignons comme durée une quinzaine de jours tout au plus.

Période de déclin. — Les douleurs ont complètement cessé ; la tuméfaction du gland a disparu, l'écoulement se modifie sensiblement. D'abord moins abondant, il devient aussi moins épais ; de jaune verdâtre qu'il était, il apparaît maintenant blanc-opalin ; il empèse moins

le linge. Progressivement au lieu de s'écouler constamment, il ne se manifeste que le matin au lever, qu'un peu dans la journée et que le soir après le travail. Il diminue peu à peu et finit par disparaître complètement. La blennorrhagie est-elle guérie? Oh non! C'est par centaines qu'il nous faudrait citer le nombre de malades qui ont interrompu tout traitement à ce moment et qui ont vu leur blennorrhagie reparaitre. L'écoulement a disparu c'est vrai mais il y a encore des gonococci localisés généralement dans les replis naturels de l'urèthre ou dans les lacunes de Morgagni; ils sont neutralisés, si l'on veut, qu'on nous pardonne cette expression, mais si l'on ne continuait pas le régime et le traitement sur lesquels nous nous étendrons longuement, ils ne tarderaient pas à faire sentir les effets de leur virulence.

Terminaison. — Toute blennorrhagie doit guérir, et c'est là la terminaison habituelle de cette maladie; mais l'état général du sujet, le défaut d'hygiène, les excès de toutes sortes et il faut bien le dire le traitement adopté, l'impatience du malade qui abandonne un traitement à peine commencé, pour en essayer un autre, font très souvent dégénérer cette maladie en une affection chronique qui par sa ténacité pousse le malade à l'hypocondrie, quand elle ne se transforme pas en une des complications si nombreuses, qui sont l'apanage de la blennorrhagie [et dans le détail desquelles nous n'avons pas à entrer ici.

DIAGNOSTIC

Pour nous, le diagnostic de la blennorrhagie simple réside uniquement dans la présence ou l'absence du gonocoque.

« On n'a jamais trouvé de gonocoque dans un urèthre sain, » dit Marcel Sée dans sa thèse inaugurale; par conséquent tout urèthre dans lequel la présence du gonocoque aura été décelée est nécessairement entaché de blennorrhagie.

Certes, on doit tenir compte des premiers symptômes, de la couleur du pus, de son abondance, etc... mais cela ne suffit pas et dans toutes nos observations, nous nous sommes livrés à l'examen microscopique du pus.

Nous avons procédé pour cela de la façon très simple décrite par Janet dans les annales des maladies des organes génitaux urinaires (1892) et par Finger dans son traité sur la syphilis et les maladies vénériennes (1895). Nous résumons ici, ce procédé : Après avoir étendu sur la lamelle la goutte de pus l'avoir fait sécher; nous colorons notre préparation pendant cinq à dix minutes dans le bleu de Löffler ou pendant deux minutes dans une solution aqueuse de bleu de méthylène (50%); nous lavons à l'eau; nous refaisons sécher et nous examinons ensuite notre préparation en la recouvrant de la goutte d'huile nécessaire à l'immersion. Fait capital, dans le cas où on aurait un doute sur la nature des cocci qui se présentent à notre observation, le gonocoque ne prend pas le Gram. Mais nous avouons n'avoir jamais eu à nous livrer à cette contre-épreuve, la forme, la disposition des gonococci dans les leucocytes sont si nettes qu'il n'est pas possible de s'y tromper avec un peu d'habitude.

Les gonococci sont-ils nombreux? On a sûrement affaire à une blennorrhagie aiguë : le sont-ils moins ou beaucoup moins? Il faut penser à une blennorrhagie à son début ou à son déclin. C'est alors que l'ensemble des symptômes, la marche, etc., sont d'une très grande valeur diagnostique. Nous croyons inutile d'insister. Voici pour les cas simples. Mais hélas, il se présente dans les consultations spéciales des malades qui n'ont jamais éprouvé de douleurs, qui déclarent n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis un mois, deux mois; dont l'écoulement ne date cependant que de quelques jours et s'est manifesté pour ainsi dire spontanément. Nous examinons le pus, il n'est pas très épais, il contient des gonococci. Voilà les malades les plus difficiles à guérir. Pourquoi? Parce que si nous nous reportons à leurs antécédents personnels, nous trouvons que nous avons affaire à des alcooliques le plus souvent, ou simplement à des débiles ou encore à des malades chez lesquels la blennorrhagie réside pour ainsi dire à

l'état latent soit parce qu'ils se sont toujours mal soignés, soit parce qu'ils sont tuberculeux. Nous reviendrons sur ce sujet dans un instant.

Que faut-il conclure de là ? C'est qu'il ne suffit pas de diagnostiquer la blennorrhagie chez un malade il faut toujours examiner son état général, ses antécédents personnels et plus particulièrement ses antécédents urinaires.

Avant de passer à l'étude du diagnostic différentiel, nous dirons en terminant que nous rejetons les procédés qui consistent à introduire une bougie olivaire ou un uréthromètre quelconque dans l'urèthre d'un blennorrhagique, outre que l'efficacité, comme valeur diagnostique de ces procédés reste encore à démontrer, nous considérons comme très dangereux d'y recourir au point de vue de la propagation de l'urétrite.

Passons maintenant à l'étude du diagnostic différentiel. Ce que nous avons dit au début de ce chapitre devrait nous dispenser d'en parler. En effet les urétrites simples sont de suite différenciées par l'examen microscopique ; le chancre du canal de l'urèthre a des caractères spéciaux : localisation de la douleur, écoulement très peu abondant, ne ressemblant en rien au pus blennorrhagique ; les traumatismes de l'urèthre ont une marche et des symptômes bien nets que l'on ne confondra pas avec l'urétrite aiguë. Mais parmi les malades qui se présentent à nos consultations dans les conditions anormales que nous avons indiquées, il y a un point qui n'est presque jamais élucidé et qui a cependant une conséquence importante, non seulement sur la marche de la blennorrhagie aiguë insidieuse mais encore sur l'état général du malade. Nous voulons parler de la coexistence du bacille de Koch et du gonocoque. Nous avons encore présent à la mémoire le cas relaté par Breton, (*Gazette des hôpitaux de 1893*) dans lequel on vit un tuberculeux se trouvant dans un état très satisfaisant contracter une blennorrhagie et succomber six semaines après. Est-ce à dire que toutes les urétrites dans lesquelles le bacille de Koch aura été trouvé devront infailliblement avoir un sort aussi funeste ? Non. Mais incontestablement si nous nous étions livrés à

l'étude de la blennorrhagie chronique nous nous serions longuement étendus sur ce chapitre, convaincus que la longueur désespérante de ces écoulements, survenant insidieusement chez des sujets suspects de bacillose reconnaît pour cause principalement l'association du bacille de Koch et du gonocoque.

Enfin, pour terminer ce chapitre, nous devons dire que nous adoptons complètement la méthode dite des deux verres, comme procédé simple, pratique, rapide, permettant de localiser le siège de l'urétrite gonococcienne ou gonococcienne. Si seule l'urine du premier verre est troublée : urétrite antérieure ; si elle est troublée dans les deux verres : urétrite postérieure. Ce procédé est uniquement basé sur la régurgitation des produits de sécrétion de l'urètre postérieur dans la vessie.



CHAPITRE II.

Des Traitements de la Blennorrhagie

Nous n'avons pas la prétention de passer en revue tous les traitements institués contre la blennorrhagie, le nombre en est trop grand.

Nous nous contenterons d'analyser les méthodes dites rationnelles qui ont donné les meilleurs résultats et qui toutes sont basées sur ce principe que la blennorrhagie est une infection microbienne, justifiable des antiseptiques.

Le nombre en est encore bien grand et cette multiplicité même montre les difficultés que rencontre le médecin lorsqu'il entreprend de guérir cette maladie ; la raison en est aussi que tous ces traitements ont donné lieu à des critiques souvent très justifiées soit parce qu'ils avaient été mal compris, soit parce qu'ils avaient été suivis d'insuccès ou encore d'accidents consécutifs.

Hygiène. — Quel que soit le traitement employé, ce qu'il importe d'instituer en tête de toute prescription ce sont des principes élémentaires d'hygiène. Nous recommanderons donc à nos malades la continence la plus absolue, non seulement pendant le cours de la

maladie, mais encore pendant une quinzaine de jours après la suppression complète de tout écoulement.

Nous leur prescrivons de s'abstenir de tout ce qui pourrait les entraîner à une excitation quelconque (lectures, spectacles, etc); d'éviter toute grande fatigue, marches forcées, gymnastique, danse, équitation, et surtout cyclisme. Faut-il pousser les choses jusqu'à interdire tout travail pénible? Évidemment cela serait préférable : mais dans la clientèle hospitalière particulièrement, nous voyons arriver des manœuvres, des hommes de peine, etc..., pour lesquels un chômage d'une quinzaine de jours serait très préjudiciable. A ceux-ci nous leur conseillons de se ménager autant que faire se peut dans leur rude labeur, en leur signalant les dangers auxquels ils s'exposent, et nous exigeons le port d'un bon suspensoir.

Nous proscrivons toutes les boissons alcooliques, absinthe, vermouth, liqueurs, champagne, bière et aussi le café et le thé.

Nous autorisons le vin coupé d'eau aux repas; nous allons même jusqu'à permettre un verre de vin pur. Combien y en a-t-il qui, connaissant ces principes d'hygiène, s'anémient considérablement en les exagérant et cela au plus grand désavantage du traitement général.

Finalement nous conseillons à nos malades de se livrer à des soins de toilette méticuleux plusieurs fois par jour; ablutions d'eau tiède sur le gland, changement de linge, asepsie rigoureuse des mains, etc.

Quand nous avons parlé des symptômes de la blennorrhagie, nous dûmes, comme la plupart des auteurs, la diviser en périodes; tous ont également assigné à chacune de celles-ci un traitement spécial. C'est surtout sur ce point que nous différons de leur théorie. Si même il est permis de dire que ce modeste ouvrage a une originalité quelconque, c'est sur ce point seul qu'elle existe. Nous ne craignons donc pas de nous étendre un peu sur ce chapitre, afin de mieux faire ressortir l'efficacité de notre méthode et surtout son grand côté pratique.

Diurétiques. — Au début de la blennorrhagie il est d'usage de prescrire un traitement diurétique, tisanes d'orge, de chiendent, de queues de cerises, de graines de lin, eau bi-carbonatée, etc.; on recommande d'en boire jusqu'à deux litres par jour. Le seul avantage de ce traitement consiste à faire cesser, en trois ou quatre jours, les douleurs que le malade éprouve en urinant. Encore faut-il que ces douleurs ne soient pas entretenues par des érections diurnes ou nocturnes contre lesquelles on a employé, sans grand succès, le camphre, la belladone, la jusquiame, le nénuphar et enfin le bromure de potassium. Pour nous, nous croyons préférable d'user simplement d'ablutions répétées d'eau froide et d'entretenir la nuit une serviette imbibée d'eau fraîche au devant des organes génitaux. MM. Fournier et Ricord rejettent complètement les injections calmantes de pavot, laudanum, guimauve, huile d'amandes douces, etc. « Elles produisent « plus d'inconvénient par leur action mécanique dans le canal qu'elles « n'amènent de soulagement par leurs propriétés calmantes; il n'y « a pas d'exception à la règle », dit Ricord.

Balsamiques. — L'action des balsamiques à l'intérieur n'est pas douteuse. Très nombreuses sont les observations qui relatent la guérison de la blennorrhagie par l'emploi de ces médicaments que nous passerons en revue dans un instant. Mais si leur valeur thérapeutique est reconnue de tous, cela ne veut pas dire que cette méthode soit universellement adoptée. En effet, pour être efficace, l'emploi des balsamiques doit être prolongé pendant un mois ou deux; or il est incontestable que ce traitement ne laisse pas que de déterminer des troubles gastriques assez marqués, des douleurs néphrétiques, ou encore des érythèmes. Nous ne croyons donc pas, à moins de cas spéciaux (phymosis), qu'il soit bon d'avoir recours à ce genre de traitement, la lenteur de son action et les conséquences qu'il peut entraîner ne pouvant être que préjudiciables au malade.

Nous n'en dirons pas autant de l'emploi des balsamiques associés aux injections. L'efficacité de cette méthode est universellement reconnue. En modifiant l'urine, elle contribue largement au bon

résultat que l'on est en droit d'exiger de l'usage d'une bonne injection, convenablement donnée. Il est rare que le malade se fatigue, la dose prescrite étant beaucoup plus faible et surtout beaucoup moins prolongée. Certains thérapeutistes préconisent les balsamiques au début de la blennorrhagie. Fournier et Ricord, au contraire, recommandent de ne pas s'en servir trop tôt; ils prétendent qu'on a ainsi souvent dégoûté des malades d'un médicament qui pouvait avoir la plus grande efficacité par la suite. Nous nous rallions entièrement à cette théorie.

Quant à l'emploi des balsamiques en injections : H. Dubois, dans sa thèse inaugurale (Paris 1892) a essayé plusieurs formules dans le service de Monsieur le Dr Balzer et il conclut à leur inefficacité.

Le cubèbe, le copahu, l'essence de santal citrin, le gurjum, sont les balsamiques les plus communément employés. L'extrait fluide de Kava-Kava à la dose de vingt à quarante gouttes, trois fois par jour a donné quelques succès (Broïdo. *Presse Médicale* 1897).

Nous devons parler aussi du salol. On a cherché à remplacer les balsamiques par ce salicylate de phénol. Ceci a donné lieu à de nombreuses controverses. Nous croyons que la valeur du salol comme antiseptique des voies urinaires est encore à démontrer.

Grands Lavages. — Abordons maintenant le chapitre des grands lavages de l'urèthre au moyen du syphon ou des seringues de fort calibre. Voilà une méthode relativement nouvelle et qui doit sa vulgarisation aux savantes démonstrations faites par Janet (*Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1892).

Nous ne voudrions pas faire une critique de ce mode de traitement, étant donné que nous avons nous-mêmes pu recueillir quelques observations qui ont démontré son efficacité. Mais nous voudrions seulement le voir employer dans les uréthrites postérieures. Le canal antérieur est tout entier très facilement accessible aux injections et nous ne voyons pas le grand avantage qu'il y aurait d'astreindre un malade atteint d'une blennorrhagie simple à se

soumettre à un traitement qui doit être employé d'une façon mathématique pour être efficace et qui de plus exige d'être fait au moins les six ou huit premières fois par le médecin lui-même. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que c'est une excellente méthode et l'usage qu'en fait journellement M. le professeur Guyon, dans son service, en est une des meilleures preuves.

Ces grands lavages se font avec ou sans sonde. Celle dont on fait le plus communément usage est la sonde de Nélaton. Nous lui préférons cependant la sonde de Pettzer, qui a l'avantage de permettre au liquide de ressortir aussitôt. Il est bien entendu que l'on ne devra employer ces sondes que dans les uréthrites postérieures. Si tant est que l'on veuille recourir aux grands lavages pour traiter les uréthrites antérieures, l'embout de Balzer, semble répondre à tous les desiderata. Nous croyons inutile de rentrer ici dans la description détaillée de ces accessoires : outre qu'ils sont d'une pratique journalière et par conséquent connus de tous, nous répétons que selon nous, les grands lavages sont surtout utiles dans les blennorrhées. En insistant davantage, nous craindrions de sortir du cadre que nous nous sommes tracé.

Le Permanganate de potasse est certainement le plus communément employé à la dose de 1/4000, 1/3000, 1/2000. Mais à côté de lui, nous citerons l'acide borique 2 0/0, l'acide salicylique 1/3000, l'ichtyol 1/1000, le nitrate d'argent 1/8000, le sublimé 1/20000. Malgré la faiblesse des doses des grands lavages au sublimé et au nitrate d'argent, nous craindrions de nous en servir les considérant comme encore trop caustiques.

Des injections. — A la condition d'être convenablement données, voilà le traitement de choix de la blennorrhagie. C'est une méthode active, à laquelle sont dues de nombreuses guérisons, dit Fournier.

« Le traitement par les injections se propose 1° de laver le canal.
« 2° d'agir sur l'inflammation de la muqueuse de l'urètre en modifiant sa sécrétion et en combattant directement les agents de l'in-

« inflammation, notamment le gonocoque. Tout en remplissant ce rôle, « il ne faut pas que les solutions injectées soient capables de déterminer des modifications durables de la muqueuse et de son traitement épithélial et surtout d'entraîner plus tard des lésions permanentes pouvant survivre à la blennorrhagie. » (Balzer, *in thérapeutique des maladies vénériennes*). A quelles périodes de l'urétrite faut-il les employer ?

Elles seraient également utiles à toutes les périodes selon les uns ; tout à fait au début, selon les autres ; certains ne les emploient qu'à la période aiguë et c'est le plus grand nombre ; d'autres enfin ne les prescrivent qu'à la chute complète de tout phénomène inflammatoire, alors que l'action des balsamiques est épuisée.

Il nous semble assez difficile de diviser les injections en astringentes et en antiseptiques par ce fait seul que la plupart des formules employées sont en même temps astringentes et antiseptiques.

Tous les astringents ont été essayés et prônés, mais tous ou du moins à peu près tous, n'ont pas tardé à tomber dans l'oubli.

D'où vient cela ? De ce que le plus souvent on s'est servi de ces médicaments sans se rendre compte de l'opportunité de leur emploi ; non parce que tel état de l'urètre indiquait leur emploi, mais parce qu'on les avait vus vantés dans un journal. C'est à peine si on connaissait leur mode d'action sur les tissus, soit à l'état pathologique, soit à l'état physiologique. En suivant ce procédé fort simple on pouvait user contre les blennorrhagies d'une foule de moyens sans en obtenir le moindre résultat. Mais comme avec le temps tout passe, même les urétrites, il s'en suivait que c'était souvent au dernier remède qu'on attribuait la guérison, bien qu'à vrai dire il eut été tout aussi inefficace que les précédents. Nous reviendrons, dans le chapitre suivant, sur le mode opératoire que nous avons adopté pour qu'une injection soit donnée dans de bonnes conditions : « Nous croyons que des injections bien faites sont innocentes des reproches qu'on leur a faits de provoquer l'urétrite postérieure, la cystite, l'orchite, etc. » dit Balzer (*in thérapeutique des maladies vénériennes*, 1894).

Voici quelques-unes des formules astringentes les plus classiques :

Sulfate de zinc.....	}	S'emploient selon les cas de 0,05 à 0,50 0/0.
Sulfophénate de zinc.....		
Acétate de zinc.....		
Salicylate de zinc.....		

Sulfate de cuivre.....	}	à à 0,25 à 0,50 0/0.
Sulfate de fer.....		
Sulfate de zinc.....		

Alumnol 1 à 2,50 0/0 ;

Nitrate d'argent.....	0,02 à 0,10 0/0 en injection ;
—	1/30 à 1/100 en instillation (Guyou) ;
—	5/100 injection abortive (Diday).

Nous rejetons les méthodes abortives par le nitrate d'argent, préconisées par Ricord, Diday, etc., etc., et voici pourquoi : de l'aveu même de ces auteurs les résultats sont loin d'être toujours favorables et ils comptent, d'après leur dire, beaucoup plus d'insuccès que de cures radicales ; ensuite, bien que ces auteurs déclarent que ce traitement n'offre aucun danger, nous pensons au contraire avec Finger, qu'alors même il serait suivi de succès il laisse une lésion de l'épithélium de la muqueuse telle, qu'il crée pour le malade une prédisposition manifeste s'il est guéri une première fois et une aggravation considérable de son état s'il ne l'est pas, en détruisant d'emblée la couche d'épithélium que nous considérons comme une précieuse barrière à l'envahissement du gonocoque.

Balzer, dans sa thérapeutique des maladies vénériennes, est du même avis ; « aujourd'hui on ne cherche plus à détruire d'un seul coup la virulence de l'uréthrite. On fait des traitements énergiquement antiseptiques, rapides plutôt que réellement abortifs, et on est toujours préoccupé tout en visant la destruction du microbe de

« la blennorrhagie, de respecter l'intégrité de la muqueuse uréthro-thrale ».

Telle est bien notre pensée, et nous nous sommes complètement inspiré de cet axiome dans ce modeste ouvrage. Nous dirons, dans le chapitre suivant, que nous avons donné la préférence à l'injection d'huile iodoformée, justement parce qu'elle semble répondre exactement aux considérations que nous venons d'énumérer. Les observations que le Dr P. Thiéry a bien voulu nous communiquer, ainsi que celles qui nous sont personnelles, démontrent que nous croyons avoir trouvé le médicament de choix.

Mais avant de terminer cet exposé rapide, citons quelques autres formules d'injections antiseptiques :

Bi-chlorure de mercure.....	0,01 0/0;
Salicylate de mercure.....	0,05 0/0;
Calomel : de 0,50 à 1 gr. en suspension dans 100 grammes d'eau ou d'huile.	

Ces sels de mercure coagulent les albuminoïdes, se combinent à eux en formant une couche inerte, non microbicide, qui n'a qu'une action passagère.

Sous-nitrate de bismuth.....	} S'emploient à la dose de 10 à 50 0/0.
Gallate de bismuth.....	
Salicylate de bismuth.....	

Chlorate et surtout Permanganate de potasse (très employé), à	2, 5, 10 centigrammes 0/0.
--	----------------------------

Résorcine.....	2, 5, 4 grammes 0/0.
----------------	----------------------

Jodassohn préconise l'emploi de l'ichtyol à 1,5 et 10 0/0.

Duquaire, de Lyon, dit, dans le *Bulletin médical de 1897*, que lorsqu'un malade se présente aux médecins, les organismes ont déjà envahi les couches profondes de la muqueuse et il conseille l'emploi

en injections du salicylate de méthyle, en raison de la propriété que possède ce médicament de traverser avec la plus grande facilité les membranes de revêtement.

Ce corps lui semble être un bon anti-blennorrhagique, car des observations qu'il rapporte il n'a pas pu guérir des écoulements anciens, dans lesquels la présence des gonococci avait été réellement, décélées.

Enfin il conseille l'emploi de cette injection dans l'espoir aussi de calmer les douleurs de la blennorrhagie simple.

Voici sa formule :

Vaseline liquide.....	100 grammes
Sous-nitrate de bismuth.....	20 —
Salicylate de méthyle.....	1 —

Trois injections par jour, conserver l'injection le plus longtemps possible dans le canal.

M. le docteur Legueu, de l'hôpital Saint-Louis, fait soigner les blennorrhagies aiguës de la façon suivante : Après avoir fait uriner le malade et lui avoir injecté une solution d'eau boriquée, on fait suivre immédiatement cette solution d'une injection de six centimètres cubes de l'émulsion d'airol suivante :

Airol.....	2 grammes
Glycérine.....	15 —
Eau.....	5 —

Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter nous-mêmes cette formule, mais nous devons reconnaître que l'airol en tant que succédané de l'iodoforme est aujourd'hui très employé par les thérapeutes comme antiseptique. C'est de plus un médicament analgésique. Les six observations citées par Causseret, thèse de Paris 1896, recueillies

dans le service de M. le docteur Legueu démontrent que les douleurs ont de suite cessé après l'emploi de ce médicament. Nous ne pouvons donc que l'approuver en tous points.

Mary, dans sa thèse inaugurale 1896, vante les propriétés du bleu de méthylène qui, en dehors de la puissance de coloration qu'il possède à l'égard du gonocoque a de plus une propriété curative assez manifeste en tant qu'antiseptique.

En terminant ce chapitre, nous croyons devoir dire un mot d'un médicament nouveau qui se présente à nous sous le haut patronage de Neisser: le Protargol et semble être appelé à jouer un rôle considérable dans la thérapeutique des uréthrites à gonocoques.

Ce sel d'argent jouit de propriétés physiques et chimiques véritablement remarquables. A l'encontre du nitrate d'argent il ne donne pas de précipité par le chlorure de sodium et il ne coagule pas l'albumine comme les sels de mercure. Enfin son action irritante est nulle. Voilà donc un antiseptique qui semble réaliser les conditions que nous recherchons. M. le docteur Paul Noguès cite quinze observations de blennorrhagies prises aux différents stades de cette maladie. Il préconise l'emploi de ce médicament soit en injections aux doses progressives de 0.25, 0.50 et enfin 1 0/0; soit en lavages, soit en instillations.

Nous devons à la vérité de dire [que M. le docteur Regnault de l'hôpital Saint-Louis a, lui aussi, essayé le Protargol, et les résultats qu'il en a obtenus sont loin d'être aussi brillants que ceux rapportés par M. le docteur Noguès.



CHAPITRE III.

Des injections d'huile iodoformée

Traiter rapidement la blennorrhagie ; faire cesser les douleurs en même temps que l'écoulement ; détruire radicalement les gonococci ou les micro-organismes, cause de l'infection, en respectant l'intégrité de la muqueuse : voilà le résultat que nous voulons obtenir avec les injections d'huile iodoformée ; les injections antiseptiques que nous avons passées en revue n'ayant pu complètement atteindre ce but, soit parce qu'elles sont trop caustiques, ou pas assez antiseptiques, ou d'un emploi très difficile.

Est-il besoin de rappeler ici combien l'iodoforme est apprécié dans tous les services de chirurgie ? — sa valeur antiseptique, son absorption rapide facile et bien rarement dangereuse (iodisme), son pouvoir analgésique enfin, en ont fait le médicament de choix par excellence pour le traitement de toutes les plaies. Nous nous étonnons donc en raison des bons résultats que nous avons obtenus, que l'on n'ait pas songé plus tôt à se servir d'un aussi précieux auxiliaire dans le traitement de la blennorrhagie ; mais ce qui nous surprend encore bien davantage, c'est qu'après la communication de M. le docteur Thiéry,

après les observations qu'il a publiées, et qu'il avait recueillies auprès d'un de nos maîtres qui font autorité en la matière; nous avons nommé M. le docteur Humbert, ce traitement soit tombé dans l'oubli. Dans l'oubli?... pas complètement; à l'étranger (toujours!), on a expérimenté cette méthode et on semble l'avoir appréciée, si nous en croyons les comptes-rendus que nous avons consultés. Mais en ce moment il nous revient de partout des médicaments nouveaux ou pour mieux dire de noms nouveaux, qui ont été l'objet de communications un peu trop bruyantes et que nous autres, Français, nous expérimentons, sans grand succès, il faut le reconnaître, tant dans nos hôpitaux que dans notre clientèle particulière. Attendons donc que ces fameux produits aient fait leur preuve et contentons-nous de ce que nous avons.

On nous a reproché la difficulté qu'il y avait à se servir de notre méthode; difficulté n'est pas le mot, on pourrait dire plutôt assujettissement. C'est possible, mais en somme si nous nous reportons aux instillations, aux grands lavages pour ne citer que ceux-là, nous trouvons notre traitement beaucoup plus pratique et beaucoup moins dangereux.

On nous a reproché aussi l'odeur désagréable que laisse derrière lui l'iodoforme. On n'est pas arrivé complètement à masquer cette odeur, cependant aucun des malades que nous avons traités et dont on lira plus loin les observations ne se sont plaints à nous d'avoir été incommodés dans leurs relations extérieures; il est vrai de dire que nous avons fait entrer dans notre formule trois gouttes d'essence de menthe, comme excipient désinfectant, sur l'indication de Manquat dans son *Traité de Thérapeutique*, tome I, page 210. Et puis enfin, alors même que cette odeur devrait un peu incommoder le patient; ce que nous devons considérer avant tout, c'est le résultat, or nous ne croyons pas qu'on puisse nous le contester.

Nous avons dit, plus haut, que la plupart des traitements institués contre la blennorrhagie devaient leur insuccès à ce qu'ils étaient mal appliqués. Dans la circonstance, cela est on ne peut plus vrai, aussi recommandons-nous à ceux que nous aurons été assez heureux

de convaincre, de ne pas laisser au malade, le soin de se donner lui-même ses injections, au moins au début. Nous nous élevons aussi contre ce principe qui consiste à pincer l'extrémité du gland entre le pouce et l'index, l'injection une fois donnée ; on soustrait ainsi à l'action du médicament une surface plus ou moins grande de la muqueuse uréthrale qui doit être d'autant plus lésée qu'elle a été la première atteinte. Par contre, nous adoptons complètement le procédé de Diday, cité tout au long dans le *Bulletin Médical*, 1891 : « Assis devant le « malade debout, j'injecte, puis, comme d'ordinaire, je retiens le « liquide en serrant le gland entre le pouce et l'index gauches, alors « derrière ces deux doigts, je saisis et serre le canal entre le pouce « d'une part, de l'autre, l'index et le medius droits et de ce seul fait « voilà effectué le refoulement du liquide d'avant en arrière. Ces trois « doigts gardant leur prise, j'applique la pulpe du pouce gauche sur « le méat. »

Après avoir donné au malade tous les conseils d'hygiène, sur lesquels nous nous sommes suffisamment étendus dans le chapitre précédent, lui avoir prescrit un traitement interne approprié à son état général (diurétiques, balsamiques ou toniques), nous conseillons au moins deux injections par jour d'huile iodoformée composée de la façon suivante :

Iodoforme porphyrisé.....	10 grammes
Essence de menthe.....	III gouttes
Huile d'amandes douces..	60 grammes

Ces injections devront être faites, après que le malade aura uriné et selon la méthode de Diday. Elles devront être maintenues un quart d'heure chacune. Lorsque les symptômes auront disparu, généralement au bout du septième ou huitième jour, nous nous contenterons d'une seule injection par jour pendant encore une semaine ; ce faisant, comme le démontreront les observations que M. le docteur P. Thiéry a pu recueillir lui-même, et celles qui nous sont personnelles, nous avons pu ainsi obtenir un résultat remarquablement satisfaisant.

Nous nous excuserons de n'apporter ici qu'un nombre d'observations relativement restreint, mais nous avons dû sacrifier ce nombre à l'exactitude de notre travail. En effet, outre qu'il est assez difficile de rencontrer dans la clientèle hospitalière ou autre des malades se présentant seulement au troisième ou au quatrième jour de leur infection, parce que tous, ou presque tous ont épuisé, avant d'avoir recours au médecin, tout l'arsenal des méthodes « infallibles », nous avons tenu à donner nous mêmes nos injections aux malades en ne négligeant aucune des précautions qu'ils auraient certainement oubliées.

Après avoir réédité les observations de M. le docteur P. Thiéry, nous présenterons celles que nous avons recueillies nous-mêmes.



OBSERVATIONS



OBSERVATION (1)

M..., boucher, 24 ans, entre le 29 avril, salle 4, n° 19, Chaudepisse (première), datant de quinze jours, douleurs vives, écoulement très abondant, a pris des capsules de santal (60 environ) et trente injections de bismuth et laudanum quí, au dire du malade, n'ont eu aucune action.

Injectons d'iodoforme faites dans le service :

1^{re} et 2^e. — Le 1^{er} mai.

3^e. — Le 2 mai. Aucun écoulement, plus de douleurs.

4^e et 5^e. — Le 3 mai.

6^e et 7^e. — Le 4 mai.

8^e et 9^e. — Le 5 mai.

10^e. — Le 6 mai.

Le malade est renvoyé pour insubordination; il ne coule plus; le canal est encore un peu sensible au moment de la miction.

(1). Toutes ces observations proviennent du service de M. le Docteur Humbert, chirurgien de l'hôpital du Midi.

OBSERVATION 2

F..., forgeron, 39 ans, entre le 12 juillet, salle 4, n° 19. Blennorrhagie datant de quinze jours. Une blennorrhagie il y a 5 ans. Écoulement très abondant, douleurs vives.

Injections d'iodoforme, deux par jour, les deux premiers jours; l'écoulement diminue à la quatrième; les jours suivants, une injection par jour; à la seizième, écoulement presque nul.

Le malade est renvoyé pour insubordination; l'écoulement n'avait pas reparu depuis trois jours.

OBSERVATION 3 (*Résultat remarquable*)

P..., raffineur, 27 ans, entre le 29 avril, salle 4, n° 22. Blennorrhagie datant de 4 jours (pas de blennorrhagie antérieure). Le malade n'a suivi aucun traitement. Écoulement très abondant, douleurs vives.

Injections d'iodoforme :

1^{re} et 2^e. — Le 1^{er} mai.

3^e, — Le 2 mai; l'écoulement a beaucoup diminué, ainsi que la douleur.

4^e et 5^e. — Le 3 mai.

6^e et 7^e. — Le 4 mai.

8^e. — Le 5 mai.

Le malade sort guéri (pas de douleurs, pas d'écoulement), au bout de cinq jours seulement de traitement (total, huit injections).

Voilà un cas tout à fait favorable ; mais il faut remarquer que si la guérison a été rapide, la blennorrhagie était récente, vierge de tout traitement, si l'on ose dire, et prise au moment où les gonococci ne sont pas encore à leur période de végétation active.

OBSERVATION 4

L..., cuisinier, 28 ans. Entré le 29 avril, salle 4, n° 16. Chaudépisse de huit jours (première), non traitée. Douleurs vives en urinant. Ecoulement excessivement abondant. Lymphangite dorsale, adenite droite.

On fait en tout 24 injections. L'écoulement cesse à la dixième, reparaît un peu, mais à partir de la seizième, il a complètement disparu. On continue le traitement sur les instances du malade, qui redoutait une récédive.

Durée du traitement : 18 jours ; total des injections : 24 ; le malade était guéri au 14^e jour du traitement.

OBSERVATION 5

P..., 28 ans, chauffeur. Entré le 29 avril, salle 4, n° 18. Blennorrhagie (première), de huit jours non traitée. Douleurs vives en urinant. Ecoulement très abondant.

On a fait en tout 29 injections (une par jour environ, chiffre insuffisant), l'écoulement a été modifié dès la dixième injection, ainsi que les douleurs qui ont cessé à ce moment. L'écoulement a complètement disparu à la vingt-troisième injection. Le malade est sorti complètement guéri le 28 mai, le traitement ayant commencé le 1^{er} mai.

OBSERVATION 6

R..., 38 ans, serrurier, salle 3, n° 22. Blennorrhagie (première), datant de quinze jours. Ecoulement assez abondant. Douleurs vives au moment de la miction.

Injections d'iodoforme :

1^{er} le 8 juillet soir ;

2^e et 3^e le 9 juillet ; la douleur a beaucoup diminué ;

4^e et 5^e le 10 juillet; l'écoulement est moindre;

6^e et 7^e le 11 juillet; plus de douleurs en urinant;

8^e et 9^e le 12 juillet;

10^e le 13 juillet;

11^e et 12^e le 14 juillet; accuse la saveur d'iode dans la bouche,

13^e et 15^e le 15 juillet;

16^e et 17^e le 16 juillet;

18^e le 17 juillet; le malade est guéri.

Total 17 injections. Traitement suivi pendant 11 jours.

OBSERVATION 7 (1) (*personnelle*)

Ad. W..., 16 ans 1/2, employé de commerce, n'a pas d'antécédent urinaire. Etat général, très faible; apparence chétive. Se fatigue beaucoup, est mal nourri, déclare n'avoir eu que l'influenza en 1896. A eu un rapprochement sexuel le 15 septembre, se présente à la consultation le 20.

Écoulement abondant ayant paru pour la première fois le samedi 17.

Douleurs très vives en urinant. Erections la nuit, le linge est maculé de taches verdâtres et roussâtres, le gland est tuméfié.

(1) Les observations personnelles 7, 8, 9, 10, 11, ont été prises à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis.

L'examen microscopique démontre la présence de nombreux gonococci.

Ce malade n'a encore suivi aucun traitement. Nous lui prescrivons d'observer rigoureusement le traitement hygiénique ; de boire un litre et demi de tisane de chiendent par jour et de prendre matin et soir un bain local de verge dans un verre d'eau chaude.

Injectons d'huile iodoformée :

Le 20, 2 injections d'1/4 d'heure. Ecoulement abondant, douleurs

Le 21 — — — —

Le 22 — — les douleurs diminuent, le malade urine plus facilement.

Le 23 — — l'écoulement est beaucoup moins épais, quoique toujours abondant, les douleurs diminuent, la tuméfaction du gland a disparu.

Le 24 une injection : l'écoulement est moins abondant, le malade nous demande de faire lui-même ses injections, son patron ne l'autorisant plus à prendre le temps nécessaire pour qu'il puisse se les faire donner par nous. Nous lui donnons tous les renseignements voulus.

Nous revoyons ce jeune homme le 30 septembre, l'écoulement est devenu considérablement moins abondant. Une goutte de muco-pus, grisâtre, apparaît de temps en temps et principalement le matin. Notre malade ne souffre plus du tout, n'a plus d'érection la nuit, urine beaucoup. Nous lui faisons abandonner la tisane et nous lui conseillons de continuer ses injections et de les conserver dix minutes seulement.

Le 5 octobre, tout a disparu. Nous avons la satisfaction de considérer ce jeune homme comme guéri. Nous lui prescrivons de

prendre encore une injection par jour pendant huit jours et de boire une grande cuillerée à bouche d'un vin tonique après ses repas.

Voilà donc un cas dans lequel le malade se trouvait dans de mauvaises conditions hygiéniques. Nous avons pu le guérir en quinze jours et encore faut-il tenir compte de ce que nous n'avons pu lui donner nous-mêmes les injections pendant toute la durée du traitement.

OBSERVATION 8 (*personnelle*)

M. J..., employé de bureau, 24 ans, n'a jamais été malade, se plaint depuis le 12 octobre d'un léger chatouillement dans le canal et d'un écoulement qui augmente légèrement de jour en jour. Nous voyons ce malade le 17; état général très bon. Nous le faisons uriner dans deux verres; seule l'urine du premier verre contient quelques filaments; l'écoulement dont il se plaint est plutôt opalin: cependant le linge est taché en jaune. L'examen microscopique ne révèle la présence d'aucun gonocoque. Nous posons le diagnostic d'urétrite simple.

Le 17, 2 injections;

Le 18, — plus de douleur.

Le 19, — il y a encore du pus. Nous en refaisons l'examen microscopique: pas de gonocoque.

Le 20, — l'écoulement diminue.
Le 21, — l'amélioration s'accroît.
Le 22, — plus rien.

Nous faisons, les jours suivants, une injection par jour, et le 28, nous cessons tout traitement. Ce malade est guéri.

Nous avons eu affaire ici à une uréthrite simple, il est vrai, mais le résultat n'en est pas moins à citer; l'action de l'huile iodoformée a été vraiment très active, et nous avons tout lieu de croire que ce malade se trouve actuellement dans des conditions prophylactiques aussi satisfaisantes qu'avant son léger échauffement..

OBSERVATION 9

B..., 23 ans, cuisinier, hypospade, a eu une blennorrhagie il y a 6 ans, qui a duré 4 mois, soignée par les diurétiques et les balsamiques, n'a jamais pris d'injection, a néanmoins eu une orchite après 3 mois de traitement que l'on a attribué à un traumatisme.

Se présente aujourd'hui à la consultation. Coule depuis 8 jours, a eu des rapports sexuels il y a 13 jours; n'éprouve aucune douleur. Il ne paraît pas se ressentir de l'orchite qu'il a eu il y a 6 ans; tout au plus trouverait-on une légère induration de l'épididyme.

Etat général très bon.

Etat local : n'offre rien de particulier, le gland est continuellement souillé par le pus qui s'écoule constamment du méat ou, pour mieux dire, de ce qui lui sert de méat.

L'examen microscopique du pus révèle la présence de nombreux gonococci.

Le 22 sept., 2 injections. Ecoulem^t très abondant, pas de douleur.

Le 23 — — — —

Le 24 — — — abondant —

Le 25 — — — —

Le 26 — — Ecoulem^t diminue, on ne l'observe plus que de temps en temps dans la journée.

Le 27 — — — —

Le 28 — — Ecoulement diminue sensiblement.

Le 29 — — ne voit paraître de l'écoulem^t que lorsqu'il reste très long temps sans uriner.

Le 30 — — de 10' chacune, état stationnaire.

Le 1^{er} octobre — — — —

Le 2 — — — —

Le 3 — — — —

Le 4 — — l'écoulement a complètement cessé.

Nous continuâmes néanmoins les injections, car nous n'avons pu les lui donner selon la méthode préconisée par Didaz, en raison de la difformité du malade (hypospadias), mais son état étant très satisfaisant, nous l'autorisons à se donner lui-même ses injections; nous lui recommandons, en même temps, de se

conformer en tous points aux principes d'hygiène, et le 15 octobre le malade étant revenu nous voir, nous avons pu constater qu'il était parfaitement guéri; il n'avait pas revu d'écoulement depuis le 4 septembre.

Voilà donc une observation qui nous donne pleine et entière satisfaction; le traitement a été un peu long, il est vrai, 23 jours, mais il faut tenir compte de l'anomalie anatomique du sujet.

OBSERVATION 10

M. C... jardinier à Paris, se plaint d'un écoulement qui remonte à 10 jours (22 septembre) nous le voyons le 3 octobre, il se plaint encore de douleurs. Sur le conseil d'un pharmacien il a pris, depuis le début de son affection, six capsules de copahu par jour et a bu un litre et demi d'eau dans lequel il faisait fondre des paquets de bi-carbonate de soude.

Cet homme est âgé de 30 ans, il déclare avoir eu un échauffement ? au régiment, qui n'a duré que quelques jours; ne se rappelle pas avoir eu d'autre maladie. Son état général est en effet très bon.

Son écoulement est très abondant, l'examen microscopique révèle la présence de très nombreux gonococci.

Les douleurs qu'il éprouve en urinant sont assez vives. Érec-

tions nocturnes. L'expérience des deux verres nous permet de poser le diagnostic d'urétrite aiguë antérieure.

Nous obtenons qu'il vienne se faire faire deux injections par jour et nous lui recommandons de se conformer, en tous points, aux règles d'hygiène d'usage. Enfin, nous lui prescrivons de s'entourer la verge avec un chiffon trempé dans de l'eau froide, le soir, en se couchant, et de renouveler ce petit moyen autant que cela sera nécessaire.

Le 3 octobre, 2 injections d'un quart d'heure : douleurs, écoulement abondant.

Le 4, 2 injections, douleurs, érections nocturnes, écoulement abondant.

Le 5, 2 injections, même état.

Le 6, — douleurs le matin et le soir seulement, pas d'érection, écoulement toujours abondant.

Le 7, 2 injections, même état.

Le 8, — les douleurs ont complètement disparu. l'écoulement toujours abondant est moins épais.

Le 9, une seule injection (dimanche) même état.

Le 10, 2 injections, l'écoulement diminue un peu.

Le 11, — —

Le 12, — l'écoulement a beaucoup diminué, il est devenu presque opalain et forme sur la chemise des taches jaunes-safran entourées d'une auréole grise.

Le 13, 2 injections, l'amélioration s'accroît.

Le 14, — l'écoulement ne se manifeste plus que deux ou trois fois par jour.

Le 15, 2 injections, il n'y a presque plus rien. Nous décidons de ne plus faire qu'une seule injection par jour et nous procédons à cette petite opération pendant tout le courant de la semaine suivante.

Le 22, nous abandonnons tout traitement, considérant le malade comme guéri.

OBSERVATION 11

M, R..., voyageur de commerce, 34 ans, bien portant, a un écoulement depuis le 12 août dernier; il se fatigue beaucoup en raison de sa profession. S'est soigné seulement avec des injections à la résorcine; tant qu'il prend son injection, dit-il, il ne voit paraître aucun écoulement, mais s'il arrête de se soigner ou s'il passe une nuit en chemin de fer, de suite son écoulement reparait avec abondance. Il avoue quelques excès de boisson. Déclare n'avoir jamais eu d'écoulement antérieur. Le 22 septembre nous voyons ce malade pour la première fois. Voilà plusieurs jours qu'il n'a suivi aucun traitement, son écoulement est abondant, quoique pas très épais. L'expérience des deux verres nous fait conclure à une uréthrite postérieure. L'examen microscopique accuse la présence de quelques gonococci. Ce malade est à Paris pour quinze jours seulement et son grand désir de guérir le fait consentir à se soumettre à notre traitement. Du 22 septembre au 1^{er} octobre, nous lui faisons vingt injections d'un quart d'heure chacune. L'écoule-

ment avait complètement cessé le 27 ; le 2^e octobre nous ne lui faisons qu'une seule injection, et le lundi 3, le malade, nous disant qu'il croit avoir vu, le matin, en se levant, une goutte de pus (la veille il avait fait une grande marche), nous lui continuons ses deux injections jusqu'au vendredi 7, jour où il quitte Paris. Il ne nous a pas été donné de constater la moindre trace d'écoulement depuis le 27 septembre. Néanmoins, par prudence, nous conseillons au malade de continuer lui-même les injections pendant quelques jours. Nous n'en avons plus eu de nouvelles et nous avons tout lieu de le croire guéri.

OBSERVATION 12

M. X..., étudiant en médecine, n'a jamais été malade. Pas d'antécédent urinaire. A contracté une blennorrhagie le 12 octobre. Son écoulement s'est manifesté le 16. Les douleurs qu'il éprouve en urinant sont plutôt faibles. L'examen microscopique ne révèle que peu de gonococci.

Le 17, deux injections d'huile iodoformée;

Le 18, — pas de douleurs;

Le 19, — état stationnaire;

Le 20, — l'écoulement diminue;

Le 21, — — —

Le 22, — n'a plus d'écoulement;

Le 23, — n'éprouve plus de douleurs, n'a plus

d'éconlement. Nous conseillons à notre camarade de se donner lui-même une injection par jour pendant quelques jours.

Le 29, nous le revoyons. Son état restant stationnaire, nous le considérons comme guéri.

A l'encontre des autres malades, nous avons pu revoir notre camarade un mois après. Il avait complètement repris ses habitudes, avait refait de la bicyclette sans jamais se ressentir de sa blennorrhagie. Voilà une observation remarquable et qui démontre bien l'efficacité de notre méthode. Il est vrai de dire aussi que rarement on se trouve dans des conditions aussi favorables. Le malade n'avait suivi aucun traitement antérieur et, de plus, il s'était soumis aux injections d'huile iodoformée le lendemain même de l'apparition de son écoulement.



CONCLUSIONS

La blennorrhagie est une maladie essentiellement infectieuse, justiciable des antiseptiques.

Les injections d'huile iodoformée réalisent au plus haut point les desiderata que l'on est en droit d'exiger :

Elles sont inoffensives, puisqu'elles ne laissent derrière elles aucune lésion de la muqueuse uréthrale.

Elles sont analgésiques et, par conséquent, tout à fait indiquées au début du traitement.

Leur action est rapide, puisque nous assignons une durée maxima de quinze jours à une maladie que certains auteurs considèrent comme devant durer cinq ou six semaines.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BALZER..... *Thérapeutique des maladies vénériennes, 1894.*
- BRETON..... *Blennorrhagie et tuberculose. Gazette des Hôpitaux, 27 septembre 1894.*
- BROÏDO..... *Traitement interne de la blennorrhagie, par l'extrait fluide de Kava-Kava. Presse médicale, 1897.*
- BROUARDEL.... *Traité de médecine et thérapeutique. Art. Blennorrhagie.*
- CAUSERET..... *L'Airol. Thèse de Paris, 1896.*
- CHRISTIAN..... *Traitement de la blennorrhagie par l'argonine. Thérapeutique Gazette, 15 juillet 1897.*
- DESNOS..... *Traité des voies urinaires 1890. Gazette médicale, 1893.*
- DIDAY..... *La pratique des maladies vénériennes, 1890. Gazette des Hôpitaux, 13 octobre 1897. Traitement abortif de la blennorrhagie. Bulletin médical, 1891.*
- DIND..... *Contribution à l'étude de la blennorrhagie. Revue médicale suisse romande, 1893.*
- H. DUBOIS..... *Thèse de Paris, 1897.*
- DUQUAIRE..... *Traitement curatif de la blennorrhagie. Lyon médical, 1897.*
- FINGER..... *De la syphilis et des maladies vénériennes, 1895.*
- FINGER, GHON et
SCHALGENHAUFER *Arch. of. Dermat XXVIII.*
- FOURNIER..... *Dict. Médecine et chirurgie pratiques. Article Blennorrhagie, tome V.*
- GUYON..... *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1885. Note sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne. Annales des maladies des organes génitaux urinaires, mai 1889.*

- JANET *Diagnostic et traitement de l'uréthrite blennorrhagique. Annales, maladies des organes génitaux urinaires, 1892. Traitement abortif de la blennorrhagie par la permanganate de potasse. Annales de dermat. et de syphilis, 1893. Traitement de la phase gonococcique de la blennorrhagie. Semaine médicale, 1893.*
- LYON *Traitement de l'uréthrite blennorrhagique aiguë. Annales de médecine, 1891.*
- G. LYON *Mercure médical, 1895.*
- MANQUAT *Traité de thérapeutique.*
- MARTIGNY *Traité de la blennorrhagie. Thèse 1894.*
- MARY — — — *Thèse de Paris 1896.*
- NEISSER *Principes du traitement de la blennorrhagie. Klin Woekins, Berlin 1893.*
- P. NOGUÈS *Maladies des organes génitaux urinaires, 1898.*
- QUILLY *Traitement de la blennorrhagie. Thèse de Lyon, 1894.*
- ROUTIER *Traitement de la blennorrhagie. Presse médicale, 1895.*
- MARCEL SÉE .. *Le gonocoque. Thèse de Paris, 1896.*
- P. THIÉRY *Essai de traitement méthodique de la blennorrhagie chez l'homme. Progrès médical, 1887. Ann. Maladies des organes génitaux urinaires, juin 1891.*
- THYRY *Presse médicale de Bruxelles, 1897.*
- TOUTON *Du gonocoque, Semaine médicale, 1894.*
- WITANOFF, *Thèse de Paris, 1894.*

Vu, le président de thèse :

TILLAUD.

Vu, le doyen :

P. BROUARDEL.

Vu, le vice-recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs

MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	{ BOUCHARD.
	{ HUTINEL.
Pathologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.

Clinique des Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique des Maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'Encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des Maladies nerveuses.....	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des Voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'Accouchement.....	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LETULLE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (Auguste).	TOURETTE.	MÉRY.	WALTHER.
BROCA (André).	HARTMANN.	ROGER.	WEISS.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILLEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LANNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIÉRY.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOY.	

Secrétaire de la Faculté..... M. CH. PUPIN

IMPRIMERIE A. PRADIER, RUE DES BOURDONNAIS, 12.
